5.

Ueber Iritis gonorrhoica, sowie über den Zusammenhang von Iritis und Keratitis mit Erkrankungen der serösen Höhlen.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 16. Februar 1882

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Lambert Clemens, pract. Arzt,
aus Köln (Rheinprovinz).

OPPONENTEN:

Herr Dr. KLUGE.
Herr Dr. HERRMANN.
Herr Dd. ROTH.

BERLIN.

BUCHDRUCKEREI VON M. NIETHE,

Kurstrasse 18. 19.

„Die rheumatische Iritis", sagt Hutchinson, „ist in unserem Zeitalter des Spezialismus nahe daran, über Bord geworfen zu werden." „„Sie ist Niemandes Kind."" Die Autoren, welche über Rheumatismus schreiben, erwähnen das Auge nicht, und die oculistischen Schriftsteller fertigen, wenn's hoch kommt, den Rheumatismus mit einigen Zeilen ab [1]).

Die Ursache dieser Erscheinung ist wohl darin zu suchen, dass die meisten der hierher gehörigen Fälle gonorrhoischer Natur sind, und dass es kaum ein Gebiet der Medicin gibt, auf welchem die Anschauungen der Aerzte einem so mannigfachen Wechsel unterworfen gewesen wären, wie über das Wesen der Gonorrhoe.

Denn obwohl von dem ansteckenden Tripper schon in den Leviticis die Rede ist, so ist man doch noch heutigen Tages sich nicht darüber einig, ob es ein dem Tripper eigenthümliches Contagium gibt, noch welcher Natur dasselbe sei.

Aehnlich ging es mit der Erklärung der wichtigsten Complication des Tripper, des Tripperrheumatismus. Nachdem nämlich schon Musgrave und später Selle

[1]) A report on the forms of Eye disease which occur in connexion with Rheumatism and Gout. Ophth. Hosp. Rep. VII, 3.

eine im Verlaufe der Gonorrhoe auftretende Gelenkentzündung beschrieben, gelang es erst Swediaur, mit der Aufstellung eines spezifischen Tripperrheumatismus durchzudringen, was zumeist der Bestätigung seiner Beobachtungen durch John Hunter, Astley Cooper und Mackenzie zu verdanken ist. Trotz dessen gab es und giebt es noch immer Autoren, wie Thiry und neuerdings noch Tarnowsky, welche die Coincidenz von Tripper und Rheumatismus und besonders mit Iritis für zufällig erklären.

Am längsten dauerte es jedoch, ehe man über den Zusammenhang von Arthritis gonorrhoica, sowie des Rheumatismus überhaupt mit Erkrankungen des inneren Auges ins Klare kam.

Dies war erst möglich, nachdem Johann Adam Schmidt[1]) in Wien im Jahre 1801 die Iritis als besondere Krankheitsform aufgestellt und auf ihre Aetiologie und ihre verschiedenen Ausgänge hingewiesen.

Das Verdienst nun, nicht bloss die venerischen Augenkrankheiten unter sich strenge geschieden, sondern auch auf den Zusammenhang zwischen gonorrhoischem Rheumatismus und Erkrankungen auch des inneren Auges hingewiesen zu haben, gebührt unstreitig William Lawrence. Denn in seinem Werke „Ueber die venerischen Krankheiten des Auges[2])“ sagt er ausdrücklich: „Die venerischen Krankheiten des Auges zerfallen ganz natürlich in solche, die von Gonorrhoea, und in solche, die von Syphilis herrühren“, und in Cap. 2: „Drei besondere Formen der Augenentzündung kommen in Verbindung oder als Folge von Gonorrhoea

[1]) Ueber Nachstaar und Iritis nach Staaroperationen. 1801.

[2]) Uebersetzt im 5. Band der klinischen Handbibliothek etc. Weimar 1831.

vor, nämlich: 1) acute Entzündung der Conjunctiva (acute Tripperentzündung der Conjunctiva, gonorrhoeal ophthalmie, Blepharophthalmia und Ophthalmia gonorrhoica vera des Professor Beer): 2) milde Tripperentzündung dieser Membrau, und 3) Entzündung der Sclerotica, die sich manchmal bis zur Iris verbreitet."

Die Beschreibung, welche dann Lawrence von dieser dritten Form giebt, ist mustergültig, so dass man in der Folge nur wenig Neues hinzuzusetzen hatte. Auch erwähnt er schon, dass die verschiedenen, von ihm aufgestellten Ophthalmien als gegenseitige Recidive bei demselben Individuum vorkommen. In allen Fällen ferner, die er theils aus fremder, theils aus eigner Beobachtnng anführt, bestand übrigens neben der Augenaffection eine Arthritis.

Wenn nun auch in dem Werke von Lawrence der Name „Iritis gonorrhoica" noch nicht gebraucht wird, so wurden doch nach dem Erscheinen seines Werkes von Abernethy, Vetsch, Foucart, Sordet, Ricord, Fournier, Vidal und Galezowsky eine ganze Reihe ähnlicher Fälle publicirt und allmählich unter dem Namen „Iritis gonorrhoica" zusammengefasst, leider jedoch meist nur als ein Anhang der weit ausführlicheren Beschreibung des Tripperrheumatismus. In den betreffenden Werken findet man nämlich fast nur vereinzelte Angaben über die Häufigkeit dieser Complication sowohl bei Tripper überhaupt, als bei Tripperrheumatismus. So fand Fournier unter 1912 Tripperkranken 41 mal Tripperrheumatismus, also auf 62 Tripperkranke kam einer mit Tripperrheumatismus, dann fand er unter 45 Fällen von Arthralgie 17 Fälle (37,7%) von Iritis, Rollet unter 28 Fällen nur 3 (10,7 %) und Brandes unter 34 Fällen 5 mal (14,7 %) Iritis. Ich

selbst sah unter 11 Fällen von Tripperrheumatismus die 4 unten zuerst beachriebenen Fälle von Iritis gonorrhoica, meine Beobachtung (36,8 %) steht also der von Fournier am nächsten.

Durch die zahlreichen Beobachtungen von gonorrhoischer Iritis gegenüber den immerhin seltenen Fällen von Polyarthritis rheumatica, bei welcher Iritis ohne voraufgegangene Gonorrhöe auftrat, sowie durch die obenerwähnte Behauptung von Thiry[1]), dass die Coincidenz von Tripper, Rheumatismus und Iritis nur eine zufällige sei, veranlasst, trat dann Rollet mit der Behauptung hervor, dass die Complication mit Iritis den gonorrhoischen Rheumatismus neben seinen anderen Eigenthümlichkeiten von der genuinen Polyarthritis rheumatica unterscheide. Diese Behauptung ist alsbald durch Beobachtungen von Königer[2]) (1 Fall) und Hutchinson (7 Fälle) glänzend widerlegt worden. Königer nämlich, welcher zugleich den ersten Fall von Iridochoroiditis gonorrhoica veröffentlicht hat, erwähnt einen wohlconstatirten Fall von Iritis bei Polyarthritis rheumatica, und Hutchinson begann in demselben Jahre die Veröffentlichung seiner allmählich bis auf 111 Fälle vermehrten Statistik über den Zusammenhang von Rheumatismus und Gicht mit Augenkrankheiten. Als neues Moment brachte er in diese Frage den Hinweis auf den Zusammenhang zwischen Iritis und Gicht, sowie auf eine fast in allen Fällen bestehende erbliche Disposition zu Rheumatismus; ob dies dagegen für die Erklärung des Zusammenhanges dieser Affectionen von Vortheil gewesen, will ich nicht entscheiden. Unter seinen 17 zuerst beschriebenen Fällen von Iritis rheu-

[1]) Recherches sur la syphilis. 1862.

[2]) Dissertatio inauguralis. Berlin 1872.

matica bestand 5 mal Arthritis gonorrhoica, 7 mal Polyarthritis rheumatica (4 Männer, 3 Frauen) und 3 mal Arthritis urica. Nach Hutchinson haben namentlich Thiry[1]) (3 Fälle von Gelenkentzündung bei Iritis suppurativa, Iridocyclitis und Keratitis ulcerosa), dann Spencer Weatson[2]) (16 Fälle von Keratitis interstitialis, darunter 4 mal Polyarthritis rheumatica), ferner Gosselin[3]) (1 Fall von Iritis gonorrhoica mit Neuralgia nervorum supra- et infraorbitalis) und endlich Charles Kipp[4]) (3 Fälle von Iritis resp. Iridochoroiditis gonorrhoica, 2 mit Arthritis, einer als Recidiv einer Tripperblennorrhoe) veröffentlicht und so allmählich nicht nur Keratitis, Iridochoroiditis und Iridocyclitis in den Bereich der Betrachtung gezogen, sondern auch die Tripperblennorrhoe als ätiologisches Moment von Iritis gonorrhoica aufgestellt und endlich als Zeichen von Rheumatismus die Neuralgie aufgeführt.

Gleichzeitig suchte Pye Smith[5]) die Häufigkeit des gonorrhoischen Rheumatismus im Verhältniss zum genuinen, sowie der Iritis bei Gelenkaffectionen statistisch festzustellen und fand unter 400 Fällen von Gelenkrheumatismus 29 mal Arthritis gonorrhoica (7,1%) und 7 mal Iritis oder Conjunctivitis, während Nettleship[6]) unter 71 Fällen von Iritis 30 mal Lues, 23 mal Gelenkrheumatismus und 1 mal Arthritis gonorrhoica als Ursache fand, Dragnat-Landré[7]) dagegen unter 50 Fällen

[1]) Presse méd. 1867.
[2]) Transact. of the Clin. Soc. 1871.
[3]) Gaz. hebdom. 1874.
[4]) New-York Record. 1880.
[5]) Guy Hosp. Rep. 1874.
[6]) Brit. med. Journ. 1876.
[7]) Annales d'oculiste 1875.

von Iritis nur 4 mal Gelenkrheumatismus beobachtete; sie kamen also zu ganz verschiedenen Resultaten (32,5 % und 8 %). Ich selbst habe dann die sämmtlichen Fälle von Iritis und Keratitis der Krankengeschichten der Augenstation des Kgl. Charité-Krankenhauses aus den Jahren 1879 und 1880 zusammengestellt und fand unter 138 Fällen von Iritis als Ursache 33 mal Keratitis, 30 mal Lues, 11 mal sympathische Affection des anderen Auges, 10 mal Typhus recurrens, 6 mal Choroiditis, 6 mal fand ich Iritis rheumatica ohne und 6 mal mit Polyarthritis rheumatica, ferner als Ursache 2 mal Arthritis gonorrhoica, 1 mal Gonorrhoe ohne Arthritis, 1 mal Fluor albus, dann 2 mal Otitis, 2 mal vorausgegangene Iridectomie und endlich 1 mal Pleuritis und 1 mal Variola. Es bleiben somit 23 Fälle von idiopathischer Iritis, grösstentheils in Form von recidivirender Iritis, übrig. Die Häufigkeit der rheumatischen Iritis beträgt demnach 9 % aller Fälle und zwar kommen davon je 4,5 % auf Iritis mit und ohne Polyarthritis rheumatica, während in nur 1,4 % der Fälle Arthritis gonorrhoica vorlag; der eine Fall von Iritis ohne Arthritis nach Gonorrhoe ist statistisch nicht zu verwerthen, ebensowenig wie der eine Fall von Iritis gonorrhoica bei Nettleship. Dass Letzterer in 32,4 % seiner Fälle Rheumatismus und in 42,2 % Lues vorfand, lässt sich ohne Zwang durch die von Hutchinson constatirte Thatsache, dass Iritis in England überhaupt häufiger ist als auf dem Continent und dann auf hereditärer Disposition (Syphilis oder Arthritis) beruhen soll, erklären.

Ebenso habe ich die sämmtlichen Fälle von Keratitis der Augenstation aus dieser Zeit zusammengestellt und fand unter 187 Fällen von primärer Keratitis 48 mal Scrophulose, 3 mal Morbillen, 2 mal Polyarthritis rheu-

matica und je 1 mal Erysipelas, Erkältung, Variola, Typhus, Intermittens, Scarlatina und endlich Meningitis als Ursache. Die übrigen 119 Fälle von idiopathischer Keratitis fallen unter die Formen von Keratitis parenchymatosa, ulcerosa, phlyctaenulosa, Hypopyon-Keratitis u. s. w. Die Häufigkeit von Gelenkrheumatismus bei Keratitis beträgt demnach ungefähr 1 %.

Endlich hat man sich noch bemüht, besondere anatomische Eigenthümlichkeiten der gonorrhöischen Iritis und Keratitis aufzustellen, wie es scheint ohne Erfolg; wenigstens kann ich die Behauptung von Pannas [1]), dass eine gewisse Iritisform, die er Keratitis punctata nennt, immer nur bei Tripperrheumatismus vorkommt, nicht bestätigen, vielmehr gingen derartige Formen, wenn sie vorkamen, immer sehr bald in eine der anderen Keratitisformen über.

Während meiner Anstellung als Unterarzt im Kgl. Charité-Krankenhause hatte ich nun mehrfach Gelgenheit, Fälle von gonorrhoischer und rheumatischer Iritis zu beobachten, die ich nunmehr einzeln beschreiben will.

Fall I.

F. B., ein 31jähriger Musiker, acquirirte als Soldat im August 1872 einen Tripper, an welchem er 4 Wochen lang im hiesigen Garnisonlazareth behandelt wurde. Gleichzeitig bestand eine heftige Entzündung beider Augen, welche durch Atropin, Eisumschläge, Blutentziehungen an der Schläfe bekämpft wurde. 8 Tage nach seiner Entlassung wurde Patient von einer schmerzhaften Anschwellung des rechten Kniegelenkes befallen

1) L'union médicale 1875.

und abermals 3 Monate lang im Garnisonlazareth behandelt. Beide Augen blieben während dieser Zeit gesund. Im Jahre 1873 wurden successive beide Fussgelenke befallen, die Augen blieben jedoch auch dieses Mal gesund. Im März 1874 wurde, während die Gelenkaffection wiederkehrte, das linke Auge von einer heftigen Entzündung ergriffen. Ein hinzugezogener Arzt verordnete Blutentziehungen an der Schläfe und spanische Fliegen hinter das linke Ohr. Am 10. April 1874 reiste Patient, der inzwischen invalidisirt worden war, nach Berlin zu Professor Schöler, welcher anfangs Schmierkur, Jodkali, Fussbäder und Atropin verordnete, schliesslich jedoch am 11. September desselben Jahres eine Iridectomie nach oben machen musste. Die Augenaffection besserte sich dann, die Gelenkschmerzen aber bestanden fort. Im Frühjahr 1875 erfolgte wieder ein Rückfall sowohl der Augen-, als der Gelenkaffection, welche auch während der folgenden drei Jahre mit Intervallen von höchstens einem halben Jahre und mehrfachen Exacerbationen fortbestanden. Im Jahre 1880 hatte Patient bis auf einen etwa 14 Tage dauernden heftigen Rückfall beider Affectionen Ruhe und konnte seiner Beschäftigung nachgehen. Anfang Juli 1881 wurde er wieder von einer heftigen Augenentzündung befallen und zuerst poliklinisch behandelt. Da jedoch am 22. Juli zugleich mit einer Exacerbation der Augenentzündung sich auch die Gelenkaffection wieder einstellte, so suchte Patient am 23. 7. 1881 die Anstalt auf.

24. 7. Status praesens.

Rechtes Auge intact. $S = {}^{200}/_{200}$.

Linkes Auge. Sehr breites Iriscolobom nach oben, starke pericorneale Injection, am schwächsten in

der Gegend des Colobom. Injection der Conjunctiva palpebrarum et bulbi. Lichtscheu. Druckempfindlichkeit der Ciliargegend. $S = {}^{50}/_{1600} = {}^{1}/_{32}$. Patient klagt über eine schwarze Flocke, die ihn beim Sehen störe. Schmerzen in beiden Fussgelenken, mässige Anschwellung des linken Fussrückens.

Therapie: Einpinselung der Gegend des Fussgelenkes mit Collod. cantharid. Innerlich Natr. salicyl. 5,0 pro die. Atropin bis zur Mydriasis.

Abends Erbrechen.

26. 7. Nachts heftiger Stirnschmerz, sonst Status idem.

Ther.: Atropin 5 mal täglich. Abends Morph. 0,015. Spanische Fliege hinters linke Ohr. Natr. salicyl. 3,0 pro die.

1. 8. Der Reizzustand hat nachgelassen.

Ther. Tr. Aconiti, Tr. Seminis Colchici âa 20,0. DS. 3 mal täglich 20 Tropfen.

Unter dieser Behandlung besserte sich der Zustand des Patienten soweit, dass er am 11. 8. auf seinen Wunsch entlassen werden konnte.

Fall II.

M. L., ein 25jähriger Maler, will früher nie ernstlich krank gewesen sein. Im Januar 1881 acquirirte er einen Tripper, den er mit Einspritzungen von Zinc. sulf., jedoch etwas nachlässig, behandelt haben will. Am 1. Juni 1881 erkrankte Patient unter heftigem Druckgefühl zuerst im linken, dann auch im rechten Auge. Er ging daher am 2. 6. zur Kgl. Augenpoliklinik, wo ihm Bleiwasserumschläge verordnet wurden. Am 3. 6. wurde zuerst das rechte Knie- und bald dar-

auf auch das rechte Fussgelenk befallen. Patient suchte daher an demselben Tage die Anstalt auf.

3. 6. 81. Status praesens.

Beide Augen: Conjunctivae bulbi et palpebrarum stark injicirt, mässig secernirend. Pupillen von normaler Weite, auf Lichtreiz wie auf Accommodation gut reagirend. Iris in der Umgebung der Pupille schmutzig grau verfärbt, sonst blau. $SL = {}^{5}/_{24}$. $SR = {}^{5}/_{36}$. Brechende Medien klar. Puls 88. Temp. 38,6.

Therapie: Acid. salicyl. 8,0 pro die. Atropin und Zink.

11. 6. Die Temperatur ist allmählich bis zur Norm herabgesunken. Nachts mehrmals Nasenbluten. Die Schmerzen im Knie- und Fussgelenk haben nachgelassen, die Schwellung besteht jedoch noch fort. Ther.: Natr. salicyl. 5,0 pro die. Atropin 3 mal tägl.

12. 6. Nachts heftige Schmerzen im linken äusseren Augenwinkel, im äusseren Theile der linken Hornhaut eine 4 mm lange und 2 mm breite oberflächliche Trübung.

28. 6. Gelenkschmerzen haben zugenommen. Ther.: Spanische Fliegen an den rechten Malleolus externus applicirt.

2. 7. Linkes Auge: 2 neue stecknadelknopfgrosse Infiltrate im unteren Quadranten. Rechtes Auge: Am Innenrande einer mittelweiten Pupille ein gleiches Infiltrat.

11. 7. Heftige Schmerzen in der Stirngegend. Rechts 3 neue Infiltrate, Epitheldefect, starke pericorneale Injection. Ther.: Abends Morph. 0,015. Atropin. Camillenumschläge.

28. 7. Augenaffection geringer, die Gelenkaffection besteht fort. Seit heute besteht wieder ein schleimiger

Ausfluss aus der Urethra. Ther.: Einspritzung von Zinc. sulfocarbol. Innerlich Tr. Aconiti, Tr. Seminis Colchici âa 20,0. *DS* 3 mal täglich 20 Tr.

8. 8. Linkes Auge: Cornea ganz frei, Auge reizlos. Pupille durch Atropin ad maximum erweitert. Rechtes Auge: Ziemlich centrales Hornhautinfiltrat, leichte diffuse Trübung.

28. 8. Augenaffection beiderseits verschwunden, die Gelenkaffection besteht fort. Linkes Auge: Myop. = 3,5 D. S = $^3/_3$. Rechtes Auge: Myop. 4,5 D. S = $^3/_9$ in Atropinmydriasis.

Patient wird daher zur inneren Station verlegt.

Fall III.

O. M., ein 28jähriger Metalldreher, acquirirte zu Anfang Januar 1881 einen Tripper, welcher 3 Wochen nachher fast verschwand. Anfang Februar bekam er zuerst Stiche in der rechten Brustseite, die nach drei Tagen wieder nachliessen. Dagegen stellte sich nun eine schmerzhafte Schwellung erst des linken Fuss-, dann des linken Knie- und endlich auch des rechten Kniegelenkes ein. Am 14. 2. wurde dann auch das rechte Hüftgelenk befallen und Patient so am 22. 2. 81 in völlig hülflosem Zustande in die Anstalt gebracht. Bei seiner Aufnahme bestand eine Temperatur von 38,3, sowie eiu schleimiger Ausfluss aus der Urethra.

23. 2. Status praesens.

Linkes Kniegelenk stark geschwollen und auf Druck äusserst schmerzhaft. Temp. Morgens 37,8. Abends 38,3. Die übrigen genannten Gelenke sind weniger geschwollen und schmerzhaft. Schmerzen in der linken Brusthälfte; physikalisch ist daselbst Nichts nachweisbar.

Auswurf zähe, klebrig, glasig, etwa 2 Esslöffel voll. Ther.: Acid. salicyl. 0,5 2 stdl.

1. 3. Starke Röthung und Injection beider Conjunctivae. Schlaf schlecht. Ther.: Atropin, Druckverband. Zink. Abends Morph. 0,02.

16. 3. Leichte diffuse Hornhauttrübung auf beiden Augen, rechts in Form einer streifigen Keratitis. Der Reizzustand ist etwas geringer als im Anfange. Die Schmerzen im linken Kniegelenk haben zugenommen. Ther.: 2 spanische Fliegen längs des Kniegelenkes applicirt.

23. 3. Schmerzhafte Schwellung des rechten Kniegelenkes. Augen fast normal. Ther.: Acid. salicyl. 0,5 2 stdl. Ol. hyoscyami zur Einreibung.

15. 4. Auf dem rechten Auge starke pericorneale Injection, im unteren äusseren Quadranten büschelförmige Keratitis. Ther.: Atropin 5 mal tägl.

1. 5. Röthung der Conjunctiva verschwunden. Schmerzen im rechten Hüftgelenk haben zugenommen. Ther.: Jodkali.

28. 5. Status idem. Jodkali ist ohne dauernden Erfolg, daher ausgesetzt.

10. 6. Schmerzen im rechten Kniegelenk. Ther.: Einpinselung mit Collod. canth.

18. 6. Starke Röthung der rechten Conjunctiva, punktförmige Beschläge auf der Membrana Descemetii. Ther.: Atropin.

20. 6. Patient wird von der Frerichs'schen Klinik zur Augenstation verlegt. Status praesens.

Linkes Auge normal. $S = 1/1$. Hyper. = 1 D. Rechtes Auge. $S = 1/1$. Hyperopie = 1 D. Starke pericorneale Injection, zwei ziemlich centrale punktförmige Hornhauttrübungen. Ophthalmoskopischer Befund

beiderseits normal. Ther.: Atropin 3 mal tägl. Argent. nitr. 0,05:20,0 3 mal täglich ins Auge eingeträufelt.

26. 6. Auf dem rechten Auge bestehen drei hintere Synechien, jedoch keine Verfärbung der Iris. Ther.: Atropin bis zur Mydriasis, dann 5 mal tägl.

29. 6. Sämmtliche Adhäsionen sind zerrissen.

13. 7. Cornea klar. Röthung der Conjunctiva verschwunden. Auge reizlos. Wegen heftiger Schmerzen und Schwellung im rechten Fussgelenk wird Patient zur inneren Station zurückverlegt.

Fall IV.

H. W., ein 30jähriger Cigarrenmacher, der früher stets gesund gewesen, acquirirte am 24. Juni 1881 einen Tripper, den er selbst mit Zinkeinspritzungen zu curiren suchte. Am 7. Juli schwoll ihm zuerst das rechte Handgelenk und bald darauf auch das rechte Fussgelenk schmerzhaft an. Gleichzeitig stellte sich eine heftige Entzündung des rechten Auges ein, während allmählich auch noch das linke Hüft- und Kniegelenk befallen wurden. Patient wurde daher am 8. 7. in völlig hülflosem Zustande zur Anstalt gebracht.

9. 7. Status praesens.

Das rechte Hand- und Fussgelenk sind stark geschwollen, das linke Hüft- und Kniegelenk äusserst schmerzhaft, active Bewegungen in denselben gar nicht, passive nur in geringem Masse und unter heftigen Schmerzen ausführbar.

Der Tripper besteht fort.

Die Conjunctivae bulbi et palpebrarum des rechten Auges stark injicirt, die Secretion derselben gering.

Cornea frei, die Iris reagirt auf Atropin ziemlich

prompt. Temp.: Morgens 38,2. Abends 38,5. Ther.: Atropin 3 mal tägl. Sol. natr. salicyl. innerlich. Einspritzungen von Sol. Zinc. sulfur. in die Harnröhre.

10. 7. Die Conjunctivae beider Augen sind stark injicirt, ihre Sekretion jedoch gering. Corneae frei. Pupillen durch Atropin ad maximum erweitert. Die Schmerzen im rechten Auge haben nachgelassen. Temp.: Morgens 38,4. Abends 38,5.

11. 7. Schlaf schlecht. Stuhl retardirt. Die Schmerzen in den beiden Hand-, Knie- Hüftgelenken haben nachgelassen, ebenso die Röthung der Conjunctiva. Von Seiten des Herzens besteht keine Complication. Temp.: Morgens 38,0. Abends 38,3. Ther.: Ol. Ricini. Acid. salicyl. 1,0 2stdl. Abends Chloral 1,0. Die Conjunctivae werden mit 1% Höllensteinlösung touchirt.

16. 7. Temperatur normal. Die Röthung der Conjunctivae hat zugenommen.

18. 7. Heftige Stirn- und Ciliarschmerzen. Die Conjunctivae sind stark injicirt. Temp. Abends 38,5. Ther.: Bad, kalte Umschläge auf die Augen.

27. 7. Starke Schmerzen, besonders im rechten Handgelenk. Urin trübe, zeigt einen eitrigen Bodensatz. Die Röthung der Conjunctivae hat nachgelassen. Temp.: Morgens 37,3. Abends 38,0. Ther.: Gypsverband um das rechte Handgelenk. Innerlich Sol. Kali chlorici 3,0:200,0. Abends Chloral 1,0.

31. 7. Schmerzen jetzt auch im linken Handgelenk. Schlaf fortdauernd schlecht. Temp.: Morgens 37,4. Abends 39,4. Ther.: Gypsverband um das linke Handgelenk. Innerlich Salicylsäure. Abends Chloral.

3. 8. Das rechte Kniegelenk ist wieder stark geschwollen und schmerzhoft. Temp.: Morgens 37,0.

Abends 38,4. Ther.: Gypsverband um das rechte Kniegelenk.

4. 8. Das linke Knie- und Fussgelenk sind schmerzhaft und stark geschwollen. Temp.: Morgens 37,1. Abends 38,1. Ther.: Gypsverband um das linke Kniegelenk, rechts wegen Zunahme der Schmerzen entfernt.

5. 8. Keine Schmerzen. Conjunctivae wieder stark geröthet. Ther.: Touchiren mit Sol. Argent. nitr. 0,2 : 20,0.

11. 8. Die Röthung der Conjunctivae hat nachgelassen. Temperatur normal.

8. 9. Stärkere Röthung der Conjunctivae, pericorneale Injection auf dem linken Auge. Die Iris daselbst ist verfärbt, die Cornea leicht getrübt. Ther.: Atropin bis zur Mydriasis.

28. 9. Die iritische Reizung des linken Auges hat nachgelassen; es besteht gute Mydriasis. Seit heute zeigt das rechte Auge eine intensive Röthung der Conjunctivae und pericorneale Injection. Dabei besteht ein heftiger Supraorbital- und Ciliarschmerz. Ther.: Atropin beiderseits bis zu Mydriasis. Abends Morph. 0,015.

3. 10. Schmerzen in der linken Supraorbitalgegend haben zugenommen, rechts sind sie geringer. Ther.: Atropin, links 5 mal, rechts 2 mal täglich.

5. 10. Das rechte Auge ist frei, links bestehen noch ziemlich intensive Schmerzen.

7. 10. Schmerhafte Anschwellung im linken Knie- und Handgelenk. Die Conjunctivae sind noch mässig injicirt. Es besteht besonders auf dem linken Auge eine leichte rauchige Trübung der Cornea. Beiderseits gute Mydriasis. Ther.: Gypsverband um Knie- und Handgelenk.

9. 10. Die Gelenkschmerzen sind fast verschwunden, die Augen fast frei.

In allen diesen Fällen entwickelte sich die Gelenk- und Augenaffection im Verlaufe des Tripper selbst, wenn auch in verschieden langer Zeit nach dessen Acquisition. Ein Zweifel an der gonorrhoischen Natur beider Complicationen ist daher auszuschliessen. Ferner ist interessant, wie im Verlaufe desselben Anfalles von Gelenkentzündung von Seiten des Auges bald Iritis, bald Keratitis auftrat und zwar letztere wieder bald in Streifen, bald in Büschelform, bald endlich als Keratitis punctata. Die Conjunctivitis, welche zuweilen das einzige Symptom der bestehenden Augenaffection war, scheint mir, zumal wegen der immer dabei bestehenden heftigen Supraorbital- und öfters auch Ciliarschmerzen, nur als Begleiterscheinung einer gleichzeitig bestehenden aber jedesmal alsbald durch Atropin coupirten iritischen Reizung aufzufassen zu sein, wie denn auch, sobald die Atropineinträufelungen wegen des manchmal geringeren Reizzustandes der Augen zeitweise seltener gemacht wurden, alsbald sich Verfärbung der Iris oder, wie in Fall III., selbst hintere Adhäsionen einstellten.

Im Anschluss an diese sicher constatirten und von mir selbst beobachteten Fälle von Iritis und Keratitis gonorrhoica will ich, jedoch nur im Auszuge, noch einige Fälle beschreiben, die höchst wahrscheinlich auch auf gonorrhoischer Basis beruhen, für die jedoch ein Verdacht auf Lues nicht absolut von der Hand zu weisen ist; sie beweisen eben, wie schwierig es oft im einzelnen Falle sein kann, den wahren Grund der Augenentzündung festzustellen, und wie unsicher es meistens ist, anamnestische Angaben der Patienten für die Statistik zu

verwerthen. Es ist dies vielleicht dadurch erklärlich, dass die meisten dieser Patienten durch die lange Dauer ihrer Krankheit hypochondrisch werden und dann es dem Arzte leicht machen, Anhaltspunkte für Syphilis in sie hinein zu examiniren.

Fall V.

M. Bl., ein 25jähriger Kanzlist, acquirirte zu Anfang des Jahres 1880 einen Tripper, welcher von einer Entzündung des rechten Kniegelenkes gefolgt war. Anfang October erkrankte er an einer heftigen linksseitigen Iritis, an welcher er bis zum 13. October auf der hiesigen Augenstation behandelt wurde und dann, wo er auf seinen Wunsch die Anstalt als gebessert verliess. Symptome von Lues waren bei ihm nicht nachzuweisen. Obwohl in diesem Falle der stricte Zusammenhang zwischen Tripper, Gelenk- und Augenaffection fehlt, so ist andererseits doch die Annahme einer idiopathischen Iritis gegenüber einer gonorrhoischen doch etwas willkürlich, zumal wenn man bedenkt, wie selten ein Tripper, besonders wenn er von Gelenkaffection gefolgt war, in kurzer Zeit in vollständige Heilung übergeht. Ganz willkürlich wäre es jedoch, in diesem Falle Lues als Ursache der Iritis anzunehmen, eher wäre dies im folgenden Falle möglich.

Fall VI.

J. H., ein 29jähriger Magistratsdiener, welcher seit dem Feldzuge 1870/71 mit einzelnen Intervallen an Tripper gelitten, erkrankte im Jahre 1877 an Gelenkrheumatismus, welcher successive alle Gelenke befiel; im December 1879 acquirirte er einen mit scharfen Rändern versehenen, leicht blutenden Schanker, dem jedoch keine

Allgemeinsymptome von Syphilis folgten. Am 15. Mai 1880 bekam er eine rechtsseitige Iritis, auf welcher er bis zum 29. Juni auf der hiesigen Augenstation behandelt wurde. Symptome von Syphilis waren damals nicht nachzuweisen, ebenso wenig wie während einer später folgenden linksseitigen Iritis, an welcher er wiederum vom 20. October bis 12. November 1880 auf der Augenstation behandelt wurde. Das rechte Auge blieb während dieser letzten Affection intact.

Schwieriger zu beurtheilen sind schon die beiden folgenden Fälle.

Fall VII.

J. J., ein 30jähriger Maurer, überstand in den Jahren 1868 und 1875 einen Gelenkrheumatismus, der im Jahre 1879 nach einem Tripper wiederkehrte. Patient wurde damals 4 Monate lang auf der Frerichs-schen Klinik behandelt; eine Augenentzündung bestand damals, wie die Krankengeschichte ausweist, nicht. Ende Juni 1880 acquirirte er wieder einen Tripper, der von einer blennorrhoischen Augenentzündung gefolgt war. Gleichzeitig bestand ein erbsengrosses Ulcus an der Glans penis, eine leichte Infiltration der Inguinaldrüsen und ein ausdrücklich als Acne bezeichnetes Exanthem am ganzen Körper. Die Blennorrhöe endete mit beiderseitigem Prolapsus iridis, welcher dann auf der hiesigen Augenstation abgetragen wurde. Am 16. Juli trat wieder eine schmerzhafte Schwellung beider Kniegelenke auf, derentwegen Patient, nachdem die Augenaffection gehoben, bis zum 31. October 1880 auf der Leyden'schen Klinik behandelt wurde. Hier stellte sich alsdann eine rechtsseitige Iritis ein, die bis zum

20. November auf der Augenstation durch Atropin, feuchtwarme Umschläge und Injectionen von Pilocarpin beseitigt wurde. Auf der Frerichs'schen Klinik, sowie auf der Lewin'schen Abtheilung machte dann Patient noch verschiedene antisyphilitische Kuren, jedoch ohne dauernden Erfolg für sein Gelenkleiden, durch. Die Augenaffection kehrte dabei noch mehrmals wieder.

In diesem Falle wurde also eine schon bestehende rheumatische Diathese bis aufs Höchste durch eine hinzutretende Gonorrhöe gesteigert, so dass Patient seit 1879 beinahe das Krankenhaus nicht mehr verlassen hat. Die blennorrhoische Augenentzündung, sowie die Exacerbation der Gelenkentzündung im Juni und Juli 1880 beweisen ganz bestimmt eine erneute gonorrhoische Infection, der gleichzeitig bestehende Schanker dagegen scheint nicht syphilitisch gewesen zu sein, ebensowenig die im October 1880 auftretende Iritis mit ihren Recidiven; denn einmal trat die letztere noch während des Fortbestehens der Gelenkaffection und im Anschlusse an eine blennorrhoische Conjunctivitis[1]) auf, andererseits scheint mir durch die sämmtlichen an dem Patienten erfolglos versuchten antisyphilitischen Kuren die Annahme von Syphilis doch etwas gezwungen.

Fall VIII.

A. D., ein 39jähriger Kaufmann, inficirte sich im Jahre 1859 syphilitisch und machte damals 3 mal eine vollständige Schwitzkur mit Decoctum Zittmanni durch. 1871 erkrankte er, nachdem er bis dahin völlig gesund gewesen, an Rheumatismus. 1877 hatte er ein Ulcus, welches

[1]) Vergl. den Fall 3 von Charles Kipp.

unter localer Behandlung heilte. Mitte December 1879 endlich bekam er eine linksseitige Iritis, an welcher er bis zum 14. Januar 1880 auf der hiesigen Augenstation behandelt wurde. Das rechte Auge blieb intact. Symptome von Lues waren nicht nachzuweisen. Die Iritis, welche äusserst schmerzhaft war, heilte einfach unter Atropinbehandlung.

Letzterer Umstand scheint mir mit Sicherheit die Annahme von Lues auszuschliessen; ob man dagegen die Iritis bei deutlich bestehender rheumatischer Disposition für idiopathisch halten kann, scheint mir, namentlich mit Berücksichtigung der vielen von Hutchinson citirten Fälle, doch etwas fraglich.

Endlich bin ich im Stande, die Behauptung von Ricord, dass Iritis gonorrhoica auch ohne gleichzeitiges Bestehen von Arthritis vorkommen könne, zu bestätigen.

Fall IX.

H. H., ein 22jähriger Kutscher, hat in seinem 8. Lebensjahre 6 Wochen lang an einer doppelseitigen Augenentzündung gelitten; seitdem war er vollständig gesund und erfreute sich eines guten Sehvermögens. Im Jahre 1877 acquirirte er einen Tripper mit nachfolgendem Bubo, an welchen sich jedoch keine Allgemeinsymptome von Lues anschlossen. Ende Mai 1879 erkrankte das rechte Auge an Keratitis profunda, verbunden mit Iritis. Während seines Aufenthaltes auf der hiesigen Augenstation wurde Anfang Juli auch das linke Auge von den gleichen Affectionen befallen. Symptome von Lues waren bei dem Patienten nicht nachweisbar. Die Augenaffectionen heilten vielmehr

unter einfacher Atropinbehandlung und Druckverband, und konnte Patient am 27. September 1879 geheilt entlassen werden. Wenn letzterer Umstand schon mit ziemlicher Sicherheit Lues ausschliessen lässt, so bleibt es nur noch übrig, entweder die doppelseitige Keratoiritis für idiopathisch zu halten, oder eine gonorrhoische Augenaffection anzunehmen; letzteres scheint mir jedoch viel wahrscheinlicher.

Noch bestimmter und beweisender für die Ricord'sche Behauptung ist endlich folgender Fall, da es nicht anzunehmen ist, dass man auf der Lewin'schen Abtheilung ein syphilitisches Ulcus nicht erkannt haben und fortgesetzt nur lokal behandelt haben sollte.

Fall X.

H. W., ein 24jähriger Arbeiter, war bis auf einen auf der Lewin'schen Abtheilung mit Kupferwasser und Chlorkampher behandelten Schanker stets gesund. Anfang Mai 1880 acquirirte er einen Tripper und 8 Tage später erkrankte er an einer heftigen rechtsseitigen Iritis, derentwegen er bis zum 13. Juli auf der hiesigen Augenstation behandelt wurde. Das linke Auge blieb intact, Symptome von Lues waren nicht nachzuweisen. —

Wenn sich somit in der grossen Mehrzahl der Fälle von Iritis oder Keratitis bei Gelenkrheumatismus eine vorausgegangene gonorrhoische Infection nachweisen lässt, so giebt es andererseits auch unzweifelhaft noch Fälle ohne dieses Causalmoment, wie dies schon Königer hervorgehoben hat. Ich bin im Stande, noch 4 derartige Fälle, zum Theil aus eigener Beobachtung, hier anzureihen.

Fall XI.

S. O., ein Knabe von 8 Jahren, kam mit einer doppelseitigen Iritis und Keratitis profunda am 2. Juli 1879 zur Anstalt. Am 23. Juli bekam er plötzlich einen Schüttelfrost; die Temperatur stieg auf 39,5, und am anderen Tage waren beide Knie- und Fussgelenke stark geschwollen und äusserst schmerzhaft. Der Rheumatismus befiel dann nach einander alle grösseren Gelenke; Patient bekam grosse Dosen von Salicylsäure. Mitte August waren dann alle Gelenke wieder frei, eine Complication von Seiten des Circulationsapparates trat nicht ein. Allmählich hellten sich auch die Hornhauttrübungen auf. Reaction und Farbe der Iris waren bei der Entlassung des Knaben am 9. 10. 1880 normal.

Fall XII.

M. W., ein 13jähriges Mädchen, welches mehrfach an Keratoconjunctivitis phlyctaenulosa gelitten, kommt am 11. 2. 1879 wegen eines Rückfalles dieser Affection zur Anstalt. Während die Augenentzündung zurückging, wurde Patientin am 3. April von einem Gelenkrheumatismus befallen, der nach einander das linke Knie-, das rechte Metacarpophalangeal- und Ellenbogengelenk befiel. Am 22. April konnte Patientin wieder als geheilt entlassen werden. —

Diese beiden Fälle sind so beweisend für den Zusammenhang zwischen Iritis und Keratitis mit Polyarthritis rheumatica, dass jede weitere Auseinandersetzung überflüssig ist. Aehnlich verhält es sich mit folgendem Fall, bei dem neben Iritis Gelenkrheumatismus, Pleuritis, Otitis und Meningitis auftreten.

Fall XIII.

L. R., eine 24jährige Näherin, welche bis zum 6. März 1879 im städtischen Krankenhause an Gelenkrheumatismus behandelt wurde, erkrankte 8 Tage später an einer linksseitigen Iritis, welche auf der hiesigen Augenstation unter Anwendung von Atropin, Druckverband und Emplastrum cantharidum allmählich nachliess. Dagegen stellten sich jetzt heftige Kopfschmerzen, Ausfluss aus dem Ohr und Schwerhörigkeit ein, welche durch Application einer Eisblase auf den Kopf bekämpft wurden. Am 25. März wurde Patientin wegen zunehmender Benommenheit und doppseitiger fibrinöser Pleuritis zur inneren Station verlegt.

An diesen Fall schliesse ich noch 2 ähnliche von Iritis resp. Keratoiritis bei Pleuritis und Meningitis an.

Fall XIV.

W. L., ein 64jähriger Bäcker, welcher vom 26. 11. 1879 bis zum 16. 1. 1880 auf der Frerichs'schen Klinik an linksseitiger Pleuritis behandelt worden, wurde wegen einer rechtsseitigen Iritis und linksseitigen Conjunctivitis mit strichförmiger Hornhauttrübung zur Augenstation verlegt. Unter geeigneter Behandlung verschwanden diese Erscheinungen, weshalb Patient zur inneren Station zurückverlegt wurde.

Fall XV.

A. F., uneheliches Kind, wurde am 27. Juni 1880 von einer Entzündung des rechten und am 30. Juni auch des linken Auges befallen. Allmählich stellten sich auch krampfhafte Bewegungen der Extremitäten

ein. Bei seiner Aufnahme wurde eine intensive Genickstarre constatirt. Die Augen waren nicht verklebt, die Conjunctivae wenig geröthet, rechts bestand eine mattgraue Hornhauttrübung, unten aussen ein Irisvorfall. Der linke Bulbus war verkleinert, die Pupille ad maximum erweitert (ohne Atropin). Allmählich stieg die Temperatur bis auf 40,7 und am 4. 7. erfolgte der Exitus letalis.

Diese 3 zuletzt beschriebenen Fälle scheinen mir ziemlich sicher zu beweisen, dass in ihnen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Iritis und Keratitis einerseits, sowie Polyarthritis, Pleuritis, Meningitis und vielleicht auch mit Otitis media andererseits bestanden habe; noch in den letzten Tagen meiner Thätigkeit auf der Augenstation sah ich übrigens noch einen Fall von Polyarthritis und Otitis media bei einem Kinde mit Keratitis parenchymatosa; auch ist in Fall III. jedenfalls eine Reizung beider Pleuren vorhanden gewesen. Namentlich aber Fall XV. schliesst sich eng an einen von Alexander[1]) beobachteten Fall an, wo dieser Beobachter ganz genau das Fortkriechen des entzündlichen Prozesses aus der Arachnoidea im Innern des Auges mit Hülfe des Augenspiegels nachweisen konnte.

Nicht minder interessant ist endlich noch folgender Fall von rheumatischer Iritis, an die sich schliesslich eine Neuroretinitis anschloss, ohne dass auch nur der geringste Anhaltspunkt für Syphilis vorhanden wäre.

Fall XVI.

H. K., ein 28jähriger Arbeiter, überstand im Jahre 1871 von März bis Mai einen Gelenkrheumatismus, der

[1]) cf. Zehender, klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, Jahrg. 1874 pag. 354.

successive alle, selbst die Fingergelenke befiel. Gleichzeitig bestand eine doppelseitige Augenentzündung, welche einen Monat lang anhielt. Im Jahre 1875 litt Patient wieder von März bis August an einem Gelenkrheumatismus, der jedoch sich dieses Mal nur auf Knie-, Hand- und Fussgelenke erstreckte. Damals sollen auch die Augen wieder stark entzündet gewesen sein; Patient war sehr lichtscheu und konnte 6 Tage lang fast nichts mehr erkennen. Seit Mitte Mai 1881 leidet Patient wieder an Rheumatismus in beiden Fuss- und Tarsalgelenken. Zugleich wurde das rechte Auge wieder von einer Entzündung ergriffen, besserte sich aber nach einiger Zeit wieder, während die Gelenkaffection mit geringen Remissionen fortbestand. Am 28. December 1881 wurde dann das linke Auge von einer heftigen Entzündung befallen und Patient von der inneren zur Augenstation verlegt.

29. 12. Status praesens.

Rechtes Auge normal. S = $^3/_3$.

Linkes Auge. Starke Röthung der Conjunctiva bulbi et palpebrarum. Iris dunkler als rechts. Im Pupillargebiet unten eine hintere Adhäsion, oben innen und oben aussen je eine rothe Auflagerung. Die pericorneale Injection betrifft hart am Hornhautrande die oberflächlichen wie die tieferen Gefässe. Therapie: Atropin bis zur Mydriasis. Innerlich Natr. salicyl. 1,0 viermal pro die.

6. 1. 1882. Noch immer starke Röthung der Conjunctiva und pericorneale Injection. Pupille stark eingezogen, nach aussen eine breite Adhäsion.

7. 1. Injection noch stärker, neue Adhäsionen nach oben.

11. 1. Links sind die Adhäsionen zerrissen,

rechts besteht eine frische Injection der Conjunctiva. Therapie: Beiderseits Atropin.

13. 1. Links an der nasalen Seite noch eine neue Adhäsion.

21. 1. Links Röthung und pericorneale Injection geringer, Pupille durch Atropin ad maximum erweitert. Das Pupillargebiet ist in einer Zone von 2 Millimeter Breite, die sich an den Pupillarrand anschliesst, von einzelnen Pigmentkörnchen eingenommen. Die Linse zeigt eine leichte radiäre Streifung. S = $^3/_6$. Bei ophthalmoskopischer Untersuchung findet man die Pupille vollständig verdeckt; nur von der Aussenseite her betrachtet schimmern ihre Grenzen noch hinreichend deutlich durch. Eine radiäre Streifung zieht von der Pupille zur Netzhaut herüber. Die Venen der Pupille sind verhältnissmässig sehr breit, die Netzhaut leicht getrübt.

Rechts finden sich an vier Stellen hintere Adhäsionen, nur die unterste ist etwas breiter und fest. $S = {}^3/_4$ (dunkler Tag). Ophthalmoskopisch findet man die Pupille schräg oval, es besteht ein deutlicher Venenpuls, und auf der Temporalseite ein ziemlich breiter Bindegewebsring. Sonst normaler Augenhintergrund. Ther.: Atropin beiderseits. Jodkali. Schwitzen.

30. 1. Links ist gute Atropinmydriasis eingetreten; ophthalmoskopisch zeigt sich die Pupille noch immer stark verschleiert durch eine radiäre Streifung, doch lassen sich überall die Contouren der Pupille durch die rothe Färbung derselben noch deutlich erkennen. Nach aussen sieht man einen deutlichen Bindegewebsring. Von der Netzhaut nimmt nur eine 1,5 mm breite Zone an der Erkrankung Theil. $S = {}^3/_4$. Das rechte Auge ist wieder normal. $S = {}^3/_3$. Therapie dieselbe. Die Ge-

lenkaffectionen bestehen noch immer, wenngleich in verminderter Intensität, fort. Gonorrhoische oder irgend welche andere Infection wird entschieden in Abrede gestellt. Auch durch Kreuz- und Querfragen ist aus dem Patienten Nichts hierauf Bezügliches herauszubringen. Residuen oder sonst welche Symptome von Lues sind nicht nachzuweisen.

Man muss daher die Neuroretinitis in diesem Falle als rheumatisch auffassen, zumal da auch die früheren Anfälle von Augenentzündung bei diesem Patienten immer zugleich mit Anfällen von Gelenkrheumatismus einhergingen. Während des letzten Anfalles fand sich endlich auf dem linken Auge eine Neuroretinitis und Iritis, während auf dem rechten nur eine einfache Iritis auftrat, beide aber im Anschlusse an einen Gelenkrheumatismus.

Ich hoffe nun durch die von mir beschriebenen und die ähnlichen aus der Literatur zusammengestellten Fälle zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den beschriebenen Erkrankungen des inneren Auges und Erkrankungen fast aller serösen Höhlen bestehen muss, dass aber, sobald sich der Prozess im Inneren des Auges etablirt hat, das Fortschreiten des entzündlichen Prozesses auf anatomisch vorgezeichneten Bahnen sein Ende erreicht und nunmehr nur per continuitatem auf die Umgebung erfolge. Die Erklärung eines solchen Zusammenhanges ist von verschiedenen Autoren in verschiedener Weise versucht worden, in keinem Falle aber in allgemein befriedigender Weise ausgefallen. Ich schliesse mich

daher vollkommen dem Ausspruche von Lebert [1]) an, welcher bei Besprechung des Zusammenhanges zwischen Gonorrhöe und Arthritis offen gesteht: „Ich enthalte mich um so lieber jeder Theorie oder richtiger gesagt Hypothese, da keine von den bisher aufgestellten stichhaltig ist", sowie der sarkastischen Bemerkung von Frerichs über Mauriac's Erklärung dieses Prozesses als Reflexneurose, die er einmal in seiner Klinik machte, nämlich: „Mit Nerven kann man Alles erklären und gar Nichts", und begnüge mich damit, den klinisch unbestreitbaren Zusammenhang zwischen Erkrankungen der serösen Höhlen und des inneren Auges, der für tuberculöse und septische Prozesse schon lange nachgewiesen ist, auch für einfach entzündliche und gonorrhoische Prozesse durch eine Anzahl grösstentheils selbst beobachteter Fälle bestätigt zu haben.

Zum Schlusse erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Oberstabsarzt Dr. Burchardt, sowie den Herren Stabsarzt Dr. Leistikow und Dr. Brieger für die Ueberlassung der beschriebenen Fälle und die freundliche Unterstützung bei dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

[1]) cf. Lebert in Ziemssen's Handbuch, Bd. IX., 2.

THESEN.

I.

Als eins der ersten Symptome von beginnender Dementia paralytica ist manchmal eine Störung im Clavierspiel zu beobachten.

II.

Die absolute Durchführung des No-restraint bei der Behandlung von Deliranten ist praktisch unmöglich.

III.

Die Resection mehrerer übereinander liegender Rippen zum Zweck der Heilung alter Thoraxfisteln ist zu verwerfen.

Verfasser, am 21. August 1857 zu Cöln geboren, katholischer Confession, Sohn des daselbst am 3. Januar 1871 verstorbenen Dr. med. Johann Heinrich Clemens, erhielt seine Gymnasialbildung auf dem Katholischen Gymnasium an der Apostelkirche zu Cöln, welches er Michaelis 1876 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Am 20. October 1876 trat er als Studirender in das Kgl. medicinisch-chirurgische Friedrich-Wilhelms-Institut, diente vom 1. April bis 1. October 1877 beim 2. Garde-Regiment zu Fuss, bestand am 6. November 1878 das Tentamen physicum und am 27. Juni 1880 das Examen rigorosum. Am 1. October 1880 wurde er durch Verfügung des Herrn Generalstabsarztes der Armee als Unterarzt beim Westfälischen Fuss-Artillerie-Regiment No. 7 angestellt und gleichzeitig auf ein Jahr zur Dienstleistung beim Kgl. Charité-Krankenhause zu Berlin commandirt. Vom 19. November 1881 bis zum 13. Februar 1882 absolvirte er sodann die Staatsprüfung. Während seiner achtsemesterlichen Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren:

Bardeleben, du Bois-Reymond, Eichler, Fräntzel, Frerichs, Gurlt, Gusserow, Hartmann, Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hofmann, Krosta, v. Langenbeck, Leuthold, Lewin, Leyden, Liebreich, Liman, Mendel, Orth, Peters, Reichert, Schröder, Schweigger, Schwendener, Skrzeczka, Trautmann, Virchow, Westphal, Zeller. Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.